

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 67

HUIT OBSERVATIONS
DE
DÉSARTICULATION DE LA HANCHE
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1919

PAR

POULAUD (Jules)

Né à Montpeyroux (Hérault), le 8 mai 1887

Médecin aide-major de 1^{re} classe

Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
FORGUE, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé lib.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER
IMPRIMERIE L'ABEILLE, COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1919

HUIT OBSERVATIONS
DE
DÉSARTICULATION DE LA HANCHE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 67

HUIT OBSERVATIONS DE DÉSARTICULATION DE LA HANCHE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1919

PAR

POULAUD (Jules)

Né à Montpeyrroux (Hérault), le 8 mai 1887

Médecin aide-major de 1^{re} classe

Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

{ ESTOR, Professeur, *Président*.
FORGUE, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé lib.
ETIENNE, Agrégé. }

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE L'ABEILLE, COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI. (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (†).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints: MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire: M. VIALLETON.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire: M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * †), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * †, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (†), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* †).	J. DELMAS (†).	PECH (ch. d'agrég.)
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, prof., présid.; FORGUE, prof.; SOUBEYRAN, agrégé libre;

ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS

J. POULAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A M. LE PROFESSEUR AGRÈGE SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MES AMIS

J. POULAUD.

Après six années d'absence nous revenons dans notre vieille Université pour y terminer nos études officielles.

Mais au moment de franchir le seuil de la Faculté et de dire adieu aux années de jeunesse que nous y avons passées, notre première pensée de reconnaissance sera pour notre père, enlevé à notre affection il y a quelques mois seulement. Nous adressons un pieux souvenir à sa mémoire vénérée et nous lui dédions cette thèse, humble hommage de notre amour filial, faible dédommagement de sa bonté et de ses soins.

Que notre mère reçoive ici une nouvelle preuve de notre profond attachement et de notre grand dévouement.

N'oublions pas nos frères et nos sœurs que nous chérissons et dont l'affection est le plus grand bonheur de notre vie.

A tous les parents qui nous entourent nous adressons un témoignage de reconnaissance pour les gages d'amitié qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer depuis notre jeune âge.

Que nos Maîtres reçoivent nos hommages les plus respectueux et nos remerciements pour avoir contribué à notre instruction.

A M. le professeur agrégé Etienne qui a bien voulu nous donner l'idée première de notre thèse nous adressons ici l'assurance de notre reconnaissance. Il nous a

fourni les documents concernant notre travail et nous a donné d'excellents conseils ; qu'il veuille bien croire à notre profond attachement.

Quant aux bons camarades que nous avons été assez heureux de rencontrer, nous les assurons de notre bien sincère amitié.

Nous ne saurions oublier certains de nos chefs militaires dont nous avons admiré si souvent le courage et qui ont été si bons pour nous : le colonel Berducou, officier de la Légion d'honneur, commandant le 93^e d'Infanterie ; le docteur Rosenthal, médecin de réserve, décoré de la Légion d'honneur et médecin-chef au 93^e d'Infanterie ; qu'ils acceptent l'hommage de notre grande reconnaissance et de sincères remerciements pour la confiance dont ils nous ont honoré.

HUIT OBSERVATIONS

DE

DÉSARTICULATION DE LA HANCHE

INTRODUCTION

Ce travail n'est point une revue générale ; il n'a même pas d'index bibliographique (souvent inexact et incomplet dans les thèses parce que non contrôlé). Son seul but, bien modeste, est de verser aux débats quelques documents précis qui pourront servir à ceux qui plus tard voudront étudier la désarticulation de la hanche.

Les huit observations inédites sont dues à M. le professeur agrégé Etienne. Elles comprennent la totalité des désarticulations de la hanche faites par lui pendant la guerre : 4 ont été pratiquées sur le front, 4 à l'arrière (1 à Toulouse pendant un intérim, 3 à Montpellier depuis son retour des armées).

Au cours de ses fonctions de chirurgien de secteur (4^e secteur de la XVII^e Région ; 1^{er} et 3^e de la XV^e), pas une fois cette intervention ne lui parut indiquée.

Sept observations se rapportent à des blessés de guerre, la huitième à un soldat atteint d'arthrite suppurée post-typhique.

OBSERVATIONS

(Toutes inédites et dues à M. le professeur Etienne)

OBSERVATION I

Auguste H..., 4^e Zouave. Blessé à Thiaumont le 22 octobre 1916 à minuit. Premier pansement au poste de secours où il passe la nuit du 22 au 23. Il reste encore tout le jour dans un abri situé dans les lignes et ne peut être évacué que le 23 à 22 heures sur Verdun. On l'opère le 24 à 2 heures 30 (esquillectomie partielle, suppression du garrot laissé en place pendant 27 heures). De Verdun il est évacué le 24 à 7 heures sur l'hôpital de V... où il arrive dans l'après-midi.

Nous constatons au membre inférieur gauche des plaies multiples par éclats d'obus avec fracture comminutive de la diaphyse fémorale et gangrène gazeuse, remontant jusqu'à la limite supérieure du membre. Facies terreux, pouls rapide, polypnée, pas de grosse hémorragie, moral excellent.

Traitement du choc par des injections de sérum artificiel, huile camphrée, caféine, spartéine, strychnine, adrénaline, puis désarticulation de la hanche sous anesthésie générale à l'éther.

Procédé en raquette antérieure après ligature préalable des vaisseaux suivant la technique habituelle.

La dénudation du grand trochanter est rendu difficile car l'extrémité supérieure du fémur obéit mal aux mouvements imprimés au membre.

Le choc opératoire assez marqué est traité de la façon classique. Deux heures après nous allons revoir le blessé et notre visage reflète peut être un peu trop notre inquiétude, mais lui se charge de nous rassurer et s'écrie : « Faut pas s'en faire, Monsieur le major, je n'en mourrai pas de celle-là. » Son moral devait lui permettre de triompher du choc et de l'infection.

Les jours suivants, la température présente des oscillations en rapport avec la suppuration assez abondante : conséquence logique de l'infiltration gangréneuse des muscles du haut de la cuisse et de la fesse.

Malgré les poussées thermiques nous faisons lever le blessé le 25^e jour. Ce lever d'ailleurs eut une heureuse influence en permettant par la station verticale l'écoulement facile du pus, amenant ainsi une diminution considérable de la température qui n'oscille plus qu'entre 37° et 38°. A signaler encore un petit abcès dans la région fessière, dont l'incision est suivie par l'apyrexie.

Le blessé est évacué en parfaite santé le 50^e jour.

OBSERVATION II

E. O..., caporal allemand, 69^e régiment d'Infanterie. Blessé par éclat d'obus à la jambe gauche le 30 avril 1917, au Casque (massif de Moronvilliers). Ses compatriotes lui placent immédiatement un garrot qu'il garde quatre jours jusqu'au moment où il est fait prisonnier.

Le 3 mai, dans l'après-midi, il arrive à l'hôpital de B..., porteur d'une large plaie de la jambe gauche, avec fracas des deux os ; gangrène gazeuse massive de tout le membre inférieur et remontant jusqu'au pli de l'aîne.

L'état général devient meilleur après injection de sérum artificiel, caféine, strychnine, adrénaline, huile camphrée. Rachianesthésie à la novocaïne (8 centigrammes) et désarticulation de la hanche par une raquette antérieure classique. Intervention très bien supportée. Suites opératoires remarquables.

La température de ce blessé n'a jamais dépassé 37°4. La cicatrisation se fait dans des conditions très satisfaisantes.

Le 9 juin, nous devons l'évacuer avec d'autres blessés sous un bombardement par 240.

OBSERVATION III

L. Le Y..., Breton du 71^e d'Infanterie, blessé le 28 avril 1917 au Moronyvilliers. Le jour même, huit heures après, il nous est apporté.

Il présente une plaie par éclat d'obus de la face antéro-externe de la hanche droite. L'éclat, passant en dehors des vaisseaux, a fracturé le sourcil cotyloïdien et l'extrémité supérieure du fémur contre laquelle il s'est arrêté.

Cet homme, âgé de 34 ans, est d'un aspect peu résistant au physique et au moral.

Tentatives de conservation ; débridements avec excision large de tous les tissus contus ; extraction d'un volumineux éclat d'obus ; curettage de la lésion osseuse iliaque ; lavage à l'éther ; enfin drainage et immobilisation de l'articulation.

Il existe encore une petite plaie de la région deltoïdienne droite, sans importance d'ailleurs. Elle est drainée après extraction du projectile.

Mauvaises sont les suites opératoires. Le 3 mai au matin, une arthrite septique nécessite la désarticulation de la hanche droite.

Procédé par raquette antérieure. Rachianesthésie à la novocaïne (8 centigrammes). Malgré tous les moyens mis en œuvre, le blessé succombe au choc et à l'infection la nuit suivante.

OBSERVATION IV

K... A..., Allemand blessé le 15 décembre 1916 en face de Douaumont.

Nous le recevons à V..., le 25 décembre, par conséquent 10 jours après. Il était porteur d'une plaie en séton par balle de fusil, porte d'entrée située au niveau de la région pubienne, orifice de sortie à la fesse droite.

Plaie infectée avec fracture de la branche ischio-pubienne. Nous procédons à un débridement large de la région fessière avec drainage et pansements répétés.

Malgré les soins, se déclare une arthrite suppurée avec tendance à la luxation postérieure du fémur et due, nous l'avons vu plus tard, à une fracture du bord postérieur du trou obturateur irradiée à la cavité cotyloïde. L'attitude du membre est en adduction, flexion et rotation interne.

L'étendue des lésions du bassin nous fait reculer d'abord devant une intervention ; mais, l'état du blessé s'aggravant de plus en plus, nous décidons de tenter une désarticulation de la hanche espérant pouvoir traiter du même coup les lésions pelviennes.

Le 17 février, désarticulation de la hanche droite. Procédé en raquette antérieure, sous anesthésie générale.

Sérum artificiel, huile camphrée, caféine, strychnine, tout est mis en œuvre pour permettre au blessé de résister au choc opératoire. La température tend à revenir à

la normale et la plaie cicatrise dans de très bonnes conditions. L'état général redevient excellent.

Le 11 mars 1917, alors que le billet d'évacuation était signé, le blessé meurt brusquement. Pas d'autopsie.

OBSERVATION V

Blessé allemand, prisonnier de guerre, soigné à Toulouse, porteur d'une vaste plaie suppurée de l'épaule gauche; il fait par métastase une arthrite suppurée de l'articulation coxo-fémorale avec luxation pathologique postéro-supérieure, abcès secondaires des parties molles et fistulisation.

En novembre 1917, nous sommes appelé à le voir dans une inspection comme chef de secteur. Cachexie extrême. Devant cet état nous proposons de tenter une désarticulation de la hanche et nous pratiquons cette opération à l'hôpital militaire de Toulouse, sous rachianesthésie à la novocaïne (7 centigr.). Procédé classique en raquette antérieure.

Grâce aux précautions prises, l'intervention est très bien supportée. Le blessé surmonte le choc opératoire. Il était en parfaite voie de cicatrisation un mois après et son état général était devenu excellent.

OBSERVATION VI

B..., 96^e Infanterie, blessé le 20 avril 1917 au Mort-Homme, à 6 heures du matin. Pansé de suite, il est opéré le même jour à 3 heures de l'après-midi à Chaumont-sur-Aire, pour une fracture comminutive sous-trochantérienne du fémur droit par éclat d'obus.

Il reste dans cet hôpital du 21 août 1917 au 7 juin 1918 et subit successivement six interventions, les 21, 26 septembre, le 12 novembre, le 5 décembre 1917, le 21 mai 1918, par suite de complications très graves telles que érysipèle, gangrène gazeuse, etc.

Evacué du 11 juin au 3 juillet à Bourg, du 4 juillet au 12 mars à Avignon, il arrive le 12 mars 1919 à l'hôpital Suburbain où nous le retrouvons dans notre service salle Laënnec, n° 19.

A l'examen, le membre inférieur droit est raccourci ; les tissus de la cuisse sont durs et cartonnés, présentant des fistules multiples étagées depuis le pli de l'aîne jusqu'au genou et occupant toutes les faces de la cuisse. Ces fistules paraissent aboutir toutes au foyer de fracture que la radio nous montre nettement. Ce foyer sous-trochantérien a environ 12 à 15 centimètres de long. Il est occupé par une masse osseuse, irrégulière, formée par les esquilles agglomérées, par la résection périostique, et traversée en tous sens par des foyers d'ostéite. Sur la peau se voient les cicatrices d'incisions multiples et de pointes de feu profondes, traces des interven-

tions antérieures. Devant l'état du fémur, l'état des parties molles qui sont complètement transformées en tissu cicatriciel, la longue durée de la suppuration qui persiste et qui de temps à autre présente des recrudescences sous forme d'abcès et de fistules qui se ferment et se rouvrent à nouveau ; devant l'impotence fonctionnelle absolue du membre inférieur et l'état général qui commence à s'altérer, nous proposons à ce blessé la désarticulation de la hanche, qu'il finit par accepter. L'intervention est pratiquée le 10 mai, sous rachianesthésie avec 6 centigrammes de novocaïne. Procédé habituel en raquette antérieure, choc opératoire très marqué mais que l'on arrive à dissiper avec des injections de sérum artificiel, strychnine, spartéine, adrénaline et aussi avec des boissons chaudes aromatisées.

Suites opératoires sans aucun incident au point de vue de l'état général et des divers appareils. Lever le 15^e jour et marche avec béquilles.

Mais la cicatrisation est fortement gênée par l'état des parties molles, transformées, nous l'avons vu, en tissu cicatriciel cartonné. Néanmoins, tout est en bonne voie et ce blessé est à la veille de quitter l'hôpital.

Au cours de l'intervention nous avons relevé, en plus des lésions déjà signalées, la destruction du ligament rond et un certain degré d'ankylose fibreuse, consécutives à une ou plusieurs poussées d'arthrite (complication de la blessure).

OBSERVATION VII

R..., 24^e bataillon de Chasseurs, blessé le 13 mai 1916 vers 9 heures du matin, près de M...

Plaies multiples par éclats d'obus ayant intéressé la face, le membre inférieur droit (plaies superficielles) et le membre inférieur gauche. Au niveau de celui-ci on note une fracture des deux os de la jambe et une fracture intra-articulaire de la partie supérieure du fémur.

La première intervention aurait consisté dans le débridement et l'esquillectomie.

Evacué dans la suite sur l'hôpital Marion à Remiremont, il y reste du 28 mai 1916 au 13 avril 1917 et il y subit successivement sept interventions, puis est envoyé à Dôle où il reste jusqu'au 30 juin 1917 et est enfin dirigé sur Montpellier, hôpital complémentaire n° 3, où il subit la résection de la hanche le 24 juillet 1917.

Le 18 janvier 1919, il arrive dans notre service au Suburbain. Nous constatons alors à l'examen, outre un raccourcissement de 18 centimètres, une impotence absolue du membre inférieur gauche et deux fistules à la partie moyenne de la jambe gauche. Celles-ci sont dues à la fracture des deux os qui sont atteints d'ostéite et dont la consolidation est tout à fait précaire.

Au niveau de la hanche, fistule postéro-externe donnant abondamment. Quant à l'extrémité supérieure du fémur, elle forme un véritable champignon, par suite des

proliférations périostiques hors de la cavité cotyloïde. L'état général s'altère. Anémie, perte de forces.

Le 24 mai 1919, désarticulation par raquette externe passant au niveau des foyers fistulisés. Anesthésie par rachi avec 6 centigrammes de novocaïne.

L'opération est très bien supportée, mais la présence de tissus cicatriciels très épais entraîne la persistance d'une fistule uniquement fibreuse et qui nécessite un nouveau débridement avec résection étendue du tissu cicatriciel, le 2 juillet 1919.

L'état général est devenu excellent.

OBSERVATION VIII

J. R..., 87^e Infanterie, entre le 10 avril 1919 au Suburbain, salle Laënnec, n° 16, pour fistule intarissable consécutive à une ostéo-arthrite post-typhique de la hanche qui a déjà nécessité une résection. J... a fait trois séjours au front et a été évacué le 4 décembre 1915 pour gastro-entérite aiguë ; le 4 août 1915 pour blessures par éclats de bombe au pied et à la jambe gauches, et au cours de son traitement présente, le 25 août, les symptômes d'une fièvre typhoïde avec rechute vers fin septembre. Après guérison, il remonte au front en février 1916. Dans la suite, il présente des douleurs atroces de l'articulation coxo-fémorale droite avec irradiation dans le genou.

Il est évacué le 10 avril 1916 avec le diagnostic de rhumatismes. Au château de V..., on porte le diagnostic d'arthrite suppurée et on pratique une arthrotomie avec

drainage. Il reste à cet hôpital trois mois et demi, puis est hospitalisé à Château-Thierry où, le 21 août, il subit la résection de la hanche. Suppuration abondante consécutive. Il est envoyé à Cosne où il fait une petite crise d'urémie. Il y reste trois mois, puis de là est envoyé à l'hôpital auxiliaire 3, à Montpellier.

La suppuration continue et survient une nouvelle crise d'urémie très grave en décembre 1918. Albumine : 8 gr. Azotémie très marquée, rétention des chlorures. Il est réformé temporairement. Mais, dans la suite, la fistule persistant, il rentre à l'hôpital le 10 avril 1919.

A ce moment, le membre inférieur droit est impotent ; la marche n'est possible qu'avec un appareil de prothèse ; autour de la hanche, cicatrices d'anciennes fistules avec fistule antéro-externe donnant passage à une suppuration assez abondante.

Le 12 avril, on fait une analyse d'urine sans modification du régime. Le résultat est le suivant :

Quantité envoyée.....	1750 cc.
Densité	1012
Réaction	acide
Urée (par litre).....	13 gr. 6
Glucose —	néant
Albumine —	0 gr. 50
Chlorures —	7 gr. 6

Régime lacté absolu et nouvelles analyses :

	24 avril	6 mai
Quantité envoyée.....	2400 cc.	1600 cc.
Densité	1010	1012
Réaction	alcaline	acide
Urée (par litre).....	11 gr. 30	16 gr. 6
Glucose —	néant	néant
Albumine —	0 gr. 20	0 gr. 90
Chlorures —	4 gr. 4	9 gr.

M. le professeur Jeanbrau eut l'extrême obligeance de nous faire la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard. Comme conclusion il nous dit que nous pouvions opérer sous rachi. D'ailleurs, voici le résultat de cette analyse faite le 8 mai :

Urine	limpide
Urée par litre de sang.....	0 g. 22
Constante uréo-sécrétoire	0,043
Quantité d'urée débitée rapportée à 24 h.	28 gr. 79
— de chlorures —	18 gr. 50
— d'albumine —	6 gr.

Tension au Vaquez-Laubry :

T. Maxima = 15

T. Minima = 9

Conclusion : Néphrite albuminurique sans infection des urines, sans phénomènes d'hypertension, sans rétention des chlorures ni de l'urée.

La mort de la mère du malade nous fit différer l'intervention. J... fit entre temps, au niveau du membre inférieur malade, une poussée de lymphangite érysipélateuse accompagnée d'une température très élevée (40°), et de blocage rénal, en particulier au point de vue des chlorures. On entreprend une série d'analyses d'urines et de dosage d'urée dans le sang pour n'opérer que lorsque la fonction rénale sera redevenue satisfaisante. Ce résultat obtenu, le 21 juin 1919 nous procédons à la désarticulation de la hanche sous rachianesthésie à la novocaïne (6 centigr.)

Ligature préalable des vaisseaux par l'incision de la raquette antérieure. L'ascension du fémur étant trop considérable pour que nous puissions le dégager par cette voie, nous pratiquons une fente externe remontant assez haut et qui nous permet de compléter l'exérèse.

Malgré les précautions prises avant l'opération (sérum glucosé, adrénaline, strychnine), le choc opératoire est intense. Heureusement les injections répétées permettent à l'état général de se remonter assez vite.

Actuellement, après une rétention chlorurée passagère et légère, le malade se trouve en bonne voie de cicatrisation ; ses reins fonctionnent d'une façon très satisfaisante, son état général est devenu bon.

LÉSIONS QUI ONT NÉCESSITÉ LA DÉSARTICULATION

Sept désarticulations ont été pratiquées pour blessures de guerre, une pour ostéo-arthrite post-typhique.

Le tableau suivant résume les indications :

2 pour gangrène gazeuse massive : l'une avec fracas du fémur au tiers supérieur (Obs. I), l'autre avec fracas des deux os de la jambe (Obs. II). Dans ce dernier cas, tout le membre inférieur était infiltré par les gaz.

1 pour arthrite septique due à un fracas, par éclat d'obus, de la hanche (sourcil cotyloïdien et col anatomique du fémur) (Obs. III).

2 pour arthrite suppurée avec luxation postérieure ou subluxation et cachexie extrême. L'arthrite était consécutive dans le 1^{er} cas (Obs. IV) à une fracture infectée du bassin avec trait de fracture irradiée à la cavité cotyloïde; dans le 2^{me} cas (Obs. V) à une plaie largement infectée de la région scapulaire gauche (même côté).

1 pour fistules intarissables et impotence fonctionnelle complète (Obs. VI) consécutive à un fracas des deux os de la jambe et de l'extrémité supérieure du fémur gauche (la résection avait été déjà faite).

1 pour fistules intarissables, avec impotence fonctionnelle absolue, cuisse cartonnée et due à un fracas très étendu, sous-trochantérien, du fémur droit (éponge d'ostéite impossible à opérer économiquement) (Obs. VII).

1 pour ostéo-arthrite post-typhique ayant déjà nécessité la résection, fistules intarissables, néphrite albuminurique consécutive, très influencée et défavorablement par chacune des poussées nouvelles (Obs. VIII).

Signalons, en passant, que 2 blessés (Obs. I et II), par suite des impossibilités de relève hâtive, avaient gardé leur garrot, le premier pendant 27 heures, le second pendant près de 4 jours.

L'état général (côté physique) était après traitement du choc par injections préventives :

Peu satisfaisant (Obs. I) ;

Relativement bon (Obs. IV) ;

Nettement mauvais (Obs. II, III, V) ;

Assez bon (Obs. VI, VII) ;

Très incertain (Obs. VIII) à cause des altérations rénales :

Au point de vue moral, état excellent chez le blessé de l'Obs. I et chez les trois derniers (Obs. VI, VII, VIII).

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA BLESSURE

	Blessé le	Désarticulé le	
Obs. I.	23 octobre 1916 à 0 heure	24 octobre 1916 à 17 heures	= 41 heures
Obs. II.	30 avril 1917 à 12 heures	3 mai 1917 à 15 heures	= 75 heures
Obs. III.	28 avril 1917 à 8 heures	3 mai 1917 à 9 heures	= 5 jours
Obs. IV.	15 décembre 1916	17 février 1917	= 2 mois et 2 jours
Obs. V.	inconnu	fin octobre 1917	= inconnu
Obs. VI.	20 avril 1917	10 mai 1919	= 2 ans
Obs. VII.	13 mai 1916	24 mai 1919	= 3 ans
Obs. VIII.	10 mai 1916 (1 ^{re} manifestation)	21 juin 1919	= 3 ans

INTERVENTIONS PRATIQUÉES AVANT LA DÉSARTICULATION

Pas d'interventions :

3 cas (Obs. II, IV et V).

Une intervention :

2 cas (Obs. I : Esquillectomie très incomplète. —

Obs. III : Extraction du projectile, curettage).

Deux interventions :

1 cas (Obs. VIII : Arthrotomie. — Résection).

Interventions multiples :

2 cas (Obs. VI : Esquillectomie, incisions, etc. —

Obs. VII : Esquillectomie, résection de la hanche).

De l'étude de ce tableau il découle :

1° Que 2 interventions ont été immédiates ou presque immédiates :

1 a été secondaire ;

5 tardives si on comprend sous ce terme une intervention faite environ plus de 1 mois après la blessure.

2° Que certaines ont été précédées d'opérations répétées sans résultat définitif ; mais rappelons-nous les difficultés que l'on éprouve dans certains cas pour savoir s'il vaut mieux tenter une opération conservatrice, ou radicale.

TECHNIQUE

1° Préparation du blessé.

Dans chaque cas l'opéré a été soigneusement préparé:
Par le traitement du choc (blessé récent):

Par le traitement habituel préventif du choc opératoire
(blessé ancien).

Nous avons indiqué (Obs. VIII) toutes les précautions prises étant donné l'état rénal: constante d'Ambard, azotémie, analyses d'urine répétées, emploi de sérum glucosé, etc.

2° Anesthésie.

Deux anesthésies générales à l'éther avec début au chlorure d'éthyle (nous n'avions pas de novocaïne à ce moment-là).

Six anesthésies rachidiennes à la novocaïne :

Avec 8 centigrammes dans 2 cas.

— 7 — 1 cas.

— 6 — 3 cas.

Nous n'avons pas eu le moindre accident et il est certain que ce mode d'anesthésie a permis d'opérer dans des cas où l'anesthésie générale aurait été très osée.

3° Technique proprement dite.

Raquette antérieure avec ligature des vaisseaux dès le début. Raquette latérale externe, tels ont été les deux procédés employés.

Le premier a été suivi toutes les fois qu'on a pu avoir le choix (Obs. I, II, III, IV, V, VI).

Le deuxième a été commandé par les fistules et le tissu cicatriciel (Obs. VII) ou l'ascension extrême du fémur réséqué (Obs. VIII):

Dans les cas de luxation, la recherche des vaisseaux doit se faire même sous l'arcade crurale, sinon on éprouve des difficultés pour les trouver.

Dans les Obs. VI, VII, VIII, il a été impossible de suivre la technique classique. La suppuration et la transformation en tissu cicatriciel ayant fondu les muscles les uns avec les autres, force a été de procéder d'une façon absolument atypique.

Pas de suture primitive étant donné l'infection existante.

4° Choc opératoire.

Chaque fois on a noté comme d'habitude un choc très marqué au moment où le membre est séparé du tronc, aussi M. Etienne s'est demandé s'il n'aurait pas mieux fait d'injecter, comme cela a été recommandé, dans le tronc des gros nerfs, un peu de novocaïne, avant de les sectionner.

SUITES OPÉRATOIRES

A) Morts et Survies.

2 morts, 6 survies. Tel est le résultat global.

Analysons-le d'un peu plus près :

1 décès (Obs. III) dans la nuit qui suit l'intervention (choc et infection).

1 décès au 25^e jour (Obs. IV) ; cause inconnue, embolie probable due à une phlébite des veines du bassin, consécutive à la fracture de la ceinture pelvienne.

6 survies se décomposant :

1 évacué au 50^e jour, apyrétique et en excellent état (Obs. I).

1 évacué au 36^e jour (Obs. II), presque complètement cicatrisé.

1 en très bonne voie un mois après (Obs. V, opéré de Toulouse).

3 encore en traitement, mais avec pronostic des plus favorables :

Cicatrisation presque complète (Obs. VI et VII) ;

Cicatrisation à marche normale (Obs. VIII).

Le choc a disparu au bout de deux heures à quatre heures et l'état général s'est rapidement relevé dans tous les cas de survie.

B) Incidents de cicatrisation.

1° *Suppuration abondante.* — Comme la plupart des chirurgiens, M. Etienne a vu, chez des blessés récents, que, dans les cas de gangrène gazeuse, l'infection partie de la chambre d'attrition se propageait sous l'aponévrose d'enveloppe des muscles, à la faveur d'hématomes très étendus. Ces derniers constituent d'excellents milieux de culture. Rien d'étonnant que dans l'Obs. I ces hématomes, existant entre les muscles lésés, aient donné lieu, par suite de l'infection, à une suppuration intense qui est la règle dans tous les cas de cet ordre.

2° *Lenteur de cicatrisation.* — Par suite de l'abondance des tissus fibreux consécutifs à une suppuration prolongée, la cicatrisation se fait très lentement dans deux cas (Obs. VI et VII). Nous avons là un exemple très net de l'influence fâcheuse des altérations locales (tissu cicatriciel abondant) consécutives aux longues suppurations. Dans l'Obs. VI, les tissus rigides, cartonnés, ne revenant pas sur eux-mêmes, l'épidermisation n'est point aidée par la diminution spontanée de la surface cruentée. Dans l'Obs. VII, l'importance du tissu cicatriciel a été telle qu'il a fallu, pour mettre fin à une fistule entretenue par lui, le supprimer.

COMPARAISON AVEC LE PROCÉDÉ DIT EN SAUCISSON

Au cours de la guerre, comme tous les chirurgiens d'armée, M. Etienne s'est trouvé en présence de cas nécessitant une exérèse rapide et totale du membre inférieur (gangrène gazeuse massive).

Dans tous les cas autres que ceux plus haut mentionnés, il a pratiqué en général le saucisson. Les deux observations suivantes, prises parmi tant d'autres, en sont un exemple frappant.

PREMIER CAS

C... V..., sergent au 312^e Infanterie, est blessé le 28 décembre 1916 à 15 heures au Mort-Homme, au niveau de la cuisse gauche. Il reste 17 heures dans la boue glacée et arrive le 31 décembre à l'hôpital de V...

avec une gangrène gazeuse massive du membre inférieur gauche et un début d'infection au pied droit. Etat général tout à fait mauvais. Pouls petit, filant; polypnée; facies terreux; heureusement moral excellent.

Traitement du choc. Aussitôt que celui-ci est suffisamment dissipé sous une bouffée de chlorure d'éthyle, pendant qu'un infirmier admirablement dressé comprime l'artère fémorale, ou plutôt la terminaison de l'iliaque externe, amputation en saucisson de la cuisse gauche au tiers supérieur; un tour de couteau jusqu'à l'os et un trait de scie; deux ou trois incisions sur la portion du membre restant pour donner issue aux gaz et aux autres produits septiques. Le lendemain le choc est complètement dissipé, l'état général est devenu meilleur, l'évolution gangréneuse arrêtée; mais, du côté du pied droit, gangrène gazeuse qui nécessite la désarticulation du pied. Le 18 janvier, réfection du moignon d'amputation de la cuisse et le 31 janvier le blessé est évacué en excellent état.

Nous avons eu depuis de ses nouvelles; la cicatrisation s'est terminée sans incident.

DEUXIÈME CAS

D... A..., 357^e d'Infanterie allemande, blessé le 29 septembre 1918 à midi en Champagne. Il nous est apporté le 6 octobre avec une fracture des deux os de la jambe droite par éclat d'obus. Gangrène gazeuse massive distendant le membre inférieur au point de le faire éclater

et remontant jusqu'au niveau des insertions inférieures du grand pectoral. Teint terreux, pouls filant, sclérotiques jaunes. Nous considérons la partie comme perdue.

Amputation en saucisson avec une bouffée légère de chlorure d'éthyle, larges incisions donnant issue aux gaz de la paroi thoraco-abdominale, pansements alcoolisés. Traitement classique du choc. 48 heures après, la partie est gagnée, et 10 jours plus tard le blessé peut être évacué en bonne voie de cicatrisation.

Cette méthode paraît infiniment supérieure. Rapidité très grande, anesthésie très courte, choc incomparablement moindre, drainage aussi complet, puisqu'on peut ajouter des incisions qui permettent l'issue des gaz et des produits septiques.

CONCLUSIONS

De ces huit cas nous nous gardons de tirer des conclusions générales. Nous les donnerons plutôt sous forme d'impressions.

Comme intervention immédiate la désarticulation de la hanche a paru de beaucoup plus grave que le saucisson. Il n'y a lieu de la pratiquer qu'en cas de fracas de l'extrémité articulaire avec complications septiques. Employer le procédé le plus rapide, même s'il est atypique.

Comme intervention éloignée elle a ses indications précises : persistance de fistules haut placées, lésions hautes, impotence fonctionnelle complète et définitive, menaces pour l'existence. Dans ces cas, la pratiquer assez tôt, avant que localement les tissus n'aient trop souffert ou que les lésions n'aient retenti sur les viscères (rein, foie) et sur l'état général.

La rachi-anesthésie à la novocaïne a rendu dans ces cas de très grands services : diminution du choc, retentissement moindre sur les organes, permettant d'opérer avec des reins déficients.

Rapportons en terminant ce que disait M. Etienne :

« Si j'avais à soigner ces blessés, à nouveau et dans des conditions identiques, je pratiquerais chez le blessé de l'Obs. I, quoiqu'il ait guéri, un saucisson et non une désarticulation ; chez les blessés des Obs. III et IV, une désarticulation beaucoup plus précoce ; dans tous les autres cas, je tiendrai la ligne de conduite que j'ai suivie. »

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 5 juillet 1919.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 5 juillet 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
